

**PERLINDUNGAN HUKUM PADA PELAYANAN  
KESEHATAN TINGKAT PERTAMA  
DI KABUPATEN KOTAWARINGIN TIMUR**



**Disusun untuk Memenuhi Salah Satu Syarat Guna Memperoleh Gelar Magister  
Ilmu Hukum (MH)  
Sekolah Pascasarjana Universitas Muhammadiyah Surakarta**

**Oleh:  
Muhammad Syiblunnur  
NIM: R100160012**

**PROGRAM STUDI MAGISTER ILMU HUKUM  
SEKOLAH PASCASARJANA  
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH SURAKARTA  
2017**

**PERSETUJUAN**

**PERLINDUNGAN HUKUM PADA PELAYANAN  
KESEHATAN TINGKAT PERTAMA  
DI KABUPATEN KOTAWARINGIN TIMUR**

**PUBLIKASI ILMIAH**

**Oleh:**

**MUHAMMAD SYIBLUNNUR**

**NIM: R100160012**

Telah diperiksa dan disetujui untuk diajukan ke Ujian Tesis  
Program Studi Magister Ilmu Hukum  
Sekolah Pascasarjana  
Universitas Muhammadiyah Surakarta

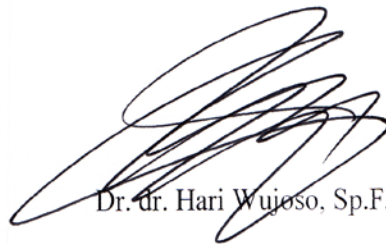
Menyetujui

Pembimbing I



Prof. Dr. Absori, SH., M.Hum

Pembimbing II



Dr. dr. Hari Wujoso, Sp.F., M.M

**HALAMAN PENGESAHAN**

**PERLINDUNGAN HUKUM PADA PELAYANAN  
KESEHATAN TINGKAT PERTAMA  
DI KABUPATEN KOTAWARINGIN TIMUR**

**PUBLIKASI ILMIAH**

**Oleh:**

**MUHAMMAD SYIBLUNNUR**

**NIM: R100160012**

Telah dipertahankan di depan Dewan Penguji

Program Studi Magister Ilmu Hukum

Universitas Muhammadiyah Surakarta

Pada Hari Senin, 24 Juli 2017

dan dinyatakan telah memenuhi syarat

Dewan Penguji:

1. Prof. Dr. Absori, SH.,M.Hum  
(Ketua Dewan Penguji)
2. Dr. dr. Hari Wujoso, Sp.F.,M.M  
(Anggota I Dewan Penguji)
3. Prof. Dr. Harun, SH.,M.Hum  
(Anggota II Dewan Penguji)

(.....)

(.....)

(.....)



Direktur

Prof. Dr. Khudzaifah Dimyati, M. Hum

## PERNYATAAN KEASLIAN PUBLIKASI ILMIAH

Saya yang bertanda tangan di bawah ini,

Nama : Muhammad Syiblunnur

NIM : R100160012

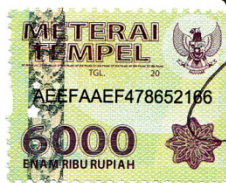
Program Studi : Magister Ilmu Hukum

Judul : PERLINDUNGAN HUKUM PADA PELAYANAN  
KESEHATAN TINGKAT PERTAMA DI KABUPATEN  
KOTAWARINGIN TIMUR

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa publikasi ilmiah yang saya serahkan ini benar-benar hasil karya saya sendiri, kecuali kutipan-kutipan dan ringkasan-ringkasan yang telah saya jelaskan sumbernya. Apabila di kemudian hari terbukti publikasi ilmiah ini jiplakan dan terdapat plagiasi, gelar yang diberikan oleh Universitas Muhammadiyah Surakarta batal saya terima.

Surakarta, 20 Juli 2017

Yang membuat pernyataan



Muhammad Syiblunnur

# **PERLINDUNGAN HUKUM PADA PELAYANAN KESEHATAN TINGKAT PERTAMA DI KABUPATEN KOTAWARINGIN TIMUR**

**Oleh : M Syblunur, Absori dan H Wujoso**

## **Abstrak**

Penyediaan sarana dan pra sarana menjadi tanggung jawab pemerintah, di Kabupaten Kotawaringin Timur terdapat 17 kecamatan, dan setiap kecamatan memiliki Puskesmas. Di beberapa Puskesmas kawasan pedesaan dan terpencil lainnya terjadi ketidakmerataan tenaga kesehatan, keadaan ini tentunya akan menjadi kendala dalam pembangunan nasional. Pembangunan kesehatan yang diupayakan pemerintah itu mustahil akan terwujud apabila terjadi kesenjangan fasilitas dan SDM di bidang kesehatan. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui gambaran pelayanan dan perlindungan hukum pada pelayanan kesehatan di Puskesmas. Jenis penelitian ini adalah kualitatif dengan pendekatan normatif-empiris. Hasil penelitian menunjukkan bahwa upaya wajib di Puskesmas wilayah Kabupaten Kotawaringin Timur masih belum seluruhnya terlaksana. Berbagai kendala yang menyebabkan pencapaian yang belum maksimal, di antaranya adalah kekurangan sumber daya manusia dan sarana, serta kondisi geografis yang menyulitkan upaya pelayanan kesehatan. Upaya kesehatan perseorangan yang bersifat tindakan invasif di Puskesmas non perkotaan masih di dominasi oleh perawat. Terjadinya ketimpangan sistem pelayanan kesehatan yang diberikan antara kawasan perkotaan dan non perkotaan sehingga melahirkan patologi hukum dan keilmuan.

**Kata Kunci: Perlindungan Hukum, Pelayanan Kesehatan, Puskesmas**

## **Abstract**

*Providing of facilities and infrastruktur are the responsibility of the government, in the East Kotawaringin Regency there are 17 subdistricts, and each subdistrict has a primary health center. Several primary health center in contryside and other remote are happened inequality of health workers, this condition will be an obstacle to national development. The health development that pursued government is impossible to be realized if there is a gap of facilities and human recources in the health sector. The aim of this study is to describe the health care and the law protection on health care in the primary health center. The type this study is a qualitative with normative-empirical approach. The result of the study indicates that the effort in the primary health center in the East Kotawaringin Regency has not fully implemented. There are variety of obstacles that caused the minimum achievement, including the lack of human resources and facilities, and the geographical condition that complicate for health care effort. Individual health efforts that are invasive procedures in non-urban area primary health center are dominated by the nurse. Inequality of health care system between urban and non-urban area thus resulting legal and scientific pathology.*

**Keywords: Law Protection, Health Care, Primary Health Center**

## **1. PENDAHULUAN**

Indikator kesenjangan (koefisien gini) Indonesia meningkat tajam dari 30 pada tahun 2003, ke 41 pada tahun 2014. Ketimpangan yang sangat tajam bisa menghambat proses pertumbuhan jangka panjang Indonesia, masalah ketimpangan di Indonesia banyak ditentukan di luar kendali penderita. Anak-anak Indonesia yang lahir dengan ketimpangan tersebut akan sulit mengatasi ketimpangan di masa depannya”. Sri Mulyani<sup>1</sup> menyebutkan, faktor pertama yang menentukan adalah layanan kesehatan. Sekitar 37,2 % balita Indonesia mengalami *Stunting*<sup>2</sup>. Artinya, pertumbuhan tak maksimal diderita oleh sekitar 8 juta anak Indonesia, atau 1 dari 3 anak Indonesia akan kehilangan peluang lebih baik dalam pendidikan dan pekerjaan dalam sisa hidup mereka. Ini adalah musibah bagi Indonesia, karena tingkat *stunting* di Indonesia sangat

---

<sup>1</sup> Menteri Keuangan Republik Indonesia Kabinet Kerja

<sup>2</sup> *Stunting* adalah tidak menerima nutrisi yang cukup mulai dari kandungan hingga 2 tahun

tinggi dibandingkan dengan negara-negara tetangga seperti di Thailand 16%, Myanmar 35% dan di Vietnam 23%.<sup>3</sup> Hal ini menandakan masih rendahnya kinerja pembangunan kesehatan.

Prevalensi berat-kurang pada tahun 2013 adalah 19,6 persen, terdiri dari 5,7 persen gizi buruk dan 13,9 persen gizi kurang. Untuk mencapai sasaran *Millennium Development Goals* (MDG) tahun 2015 yaitu 15,5 persen maka prevalensi gizi buruk-kurang secara nasional harus diturunkan sebesar 4.1 persen dalam periode 2013 sampai 2015.<sup>4</sup>

Indeks pembangunan manusia di Indonesia pada tahun 2015 berada pada angka 69,55. Angka ini meningkat 0,65 poin dari tahun 2014. Masih jauh tertinggal dengan negara tetangganya seperti Singapura yang mencapai 91,18. Capaian ini merupakan agregasi dari tiga dimensi, yaitu umur panjang dan hidup sehat, pengetahuan, serta standar hidup layak. Untuk menghitung umur panjang dan hidup sehat, digunakan indikator angka harapan hidup saat lahir. Saat ini, angka harapan hidup saat lahir di Indonesia mencapai 70,78 tahun.<sup>5</sup>

Indonesia yang sehat akan tercapai jika telah tercapai Provinsi-provinsi sehat, sedangkan Provinsi sehat akan tercapai jika Kabupaten-kabupaten sehat, dan seterusnya. Di Provinsi Kalimantan Tengah status gizi buruk dan gizi kurang masih tinggi, mencapai 27,6%.<sup>6</sup> Indeks pembangunan manusia di Kalimantan Tengah berada pada kategori sedang, yaitu 68,53. Sedangkan di Kabupaten Kotawaringin Timur mencapai 68,61.<sup>7</sup> Buruknya tingkat gizi dan morbiditas di beberapa wilayah ternyata diikuti oleh buruknya peringkat IPM daerah tersebut, ini menandakan perlunya suatu upaya khusus dalam mereformasi sistem kesehatan di daerah tersebut.<sup>8</sup>

Permasalahan kesehatan di Indonesia masih menuai potret suram. Meskipun secara nasional kualitas kesehatan masyarakat telah meningkat, akan tetapi disparitas status kesehatan antartingkat sosial ekonomi, antarkawasan, dan antarperkotaan-pedesaan cukup tinggi.<sup>9</sup> Salah satu faktor penting dalam peningkatan derajat kesehatan semua lapisan masyarakat adalah memaksimalkan kinerja pelayanan kesehatan primer. Sehingga untuk mencapai tujuan tersebut memerlukan peran hukum sebagai sarana perubahan masyarakat. Dalam aspek pembangunan, hukum berfungsi dalam masyarakat sebagai penggerak dan pengamanan pembangunan dan hasil-hasilnya.<sup>10</sup>

Pemerintah melalui Menteri Kesehatan menerbitkan Permenkes Nomor 75 Tahun 2014. Pasal 9 ayat (1) yang menegaskan, “Puskesmas harus didirikan pada setiap kecamatan”, selanjutnya Pasal 36 ayat (2) menyebutkan, upaya kesehatan masyarakat esensial meliputi pelayanan promosi kesehatan, pelayanan kesehatan lingkungan, pelayanan kesehatan ibu, anak, dan keluarga berencana, pelayanan gizi, serta pelayanan pencegahan dan pengendalian penyakit. Selanjutnya, upaya kesehatan perseorangan tingkat

---

<sup>3</sup> [www.mca-indonesia.go.id](http://www.mca-indonesia.go.id)

<sup>4</sup> Riset Kesehatan Dasar tahun 2013

<sup>5</sup> Badan Pusat Statistik tahun 2016

<sup>6</sup> Riset Kesehatan Dasar tahun 2010

<sup>7</sup> Badan Pusat Statistik tahun 2016

<sup>8</sup> Wiku Adisasmito, *Sistem Kesehatan*, Jakarta: Rajawali Pers, 2016, hlm. 231

<sup>9</sup> Wiku Adisasmito, *Ibid*, hlm. 23

<sup>10</sup> Teguh Prasetyo & Arie Purnomosidi, *Membangun Hukum Berdasarkan Pancasila*, Bandung: Nusa Media, 2014, hlm. 143

pertama meliputi: 1. Rawat jalan; 2. Pelayanan gawat darurat; 3. Pelayanan satu hari; 4. *Home care*; dan 5. Rawat inap berdasarkan pertimbangan kebutuhan pelayanan kesehatan.

Puskesmas telah didirikan di hampir seluruh pelosok tanah air. Untuk menjangkau seluruh wilayah kerjanya, Puskesmas diperkuat dengan Puskesmas pembantu serta Puskesmas keliling. Peningkatan jumlah Puskesmas ditandai dengan peningkatan rasio Puskesmas dari 3,46 per 100.000 penduduk pada tahun 2003 menjadi 3,65 per 100.000 penduduk pada tahun 2007 (Profil Kesehatan, 2007).<sup>11</sup> Secara kuantitatif jumlah Puskesmas sudah mencukupi dan tersebar merata di seluruh pelosok tanah air, namun secara kualitatif masih jauh dari harapan. Sehingga untuk menjalankan fungsinya Puskesmas harus memiliki sarana dan prasarana yang memadai, khususnya tenaga kesehatan dan non kesehatan, jenis tenaga kesehatan yang dimaksud pada Pasal 16 ayat (3) Permenkes Nomor 75 Tahun 2014, paling sedikit terdiri atas dokter atau dokter layanan primer, dokter gigi, perawat, bidan, tenaga kesehatan masyarakat, tenaga kesehatan lingkungan, ahli teknologi laboratorium medik, tenaga gizi dan tenaga kefarmasian.

Salah satu Kabupaten Kotawaringin Timur Provinsi Kalimantan Tengah terdapat 17 Kecamatan dengan jumlah penduduk sebanyak 416.151 jiwa<sup>12</sup>. Distribusi Puskesmas di Kabupaten Kotawaringin Timur pada tahun 2015 sebanyak 20 unit yang terdiri dari 9 Puskesmas rawat inap dan 11 Puskesmas non rawat inap. Rasio Puskesmas dalam 100.000 penduduk sebesar 4,8 atau 5 Puskesmas. Itu artinya 100.000 penduduk dilayani oleh 5 Puskesmas atau setiap Puskesmas melayani sekitar 20.000 penduduk. Tahun 2015 terdapat satu Kecamatan yang belum memiliki Puskesmas induk, yaitu Kecamatan Tualan Hulu. Baru di tahun 2016 sedang dalam proses pembangunan gedung Puskesmas induk.<sup>13</sup>

Jumlah tenaga medis seperti dokter yang tersebar di Puskesmas pada tahun 2015 sebanyak 39 dokter. Dilihat dari rasio ideal dokter dan pasien 1 : 2.500, maka dokter secara keseluruhan di Kabupaten Kotawaringin Timur saat ini masih belum memenuhi standar ideal. Tenaga kesehatan lainnya seperti perawat yang berlatar belakang SPK, Diploma III Keperawatan, Strata 1 dan Strata 2 Keperawatan. Distribusi perawat pada tahun 2015 sebanyak 472, rasio ideal 1 : 800-1.000, maka perawat di Puskesmas Kabupaten Kotawaringin Timur masih 1 : 1.220 atau belum mencapai standar rasio perawat ideal.<sup>14</sup> Tenaga kesehatan yang sangat penting lainnya yaitu bidan. Tenaga bidan di Kabupaten Kotawaringin Timur terdiri atas bidan dari lulusan PPB A, PPB C, Diploma III dan IV kebidanan dan Strata 1 Kebidanan. Jumlah tenaga bidan pada tahun 2015 berjumlah 200 orang. Dilihat dari rasio ideal yaitu 1 bidan : 1.000 orang, maka kebutuhan bidan di Kabupaten Kotawaringin Timur belum terpenuhi.<sup>15</sup>

Peran tenaga kesehatan dalam upaya mewujudkan pelayanan maksimal di tingkat pertama/layanan primer sangat penting karena merupakan ujung tombak pembangunan kesehatan di Indonesia sehingga yang mempunyai tugas dan tanggung jawab untuk melaksanakan Standar Pelayanan Minimal (SPM) bidang

---

<sup>11</sup> Endang Sulistina, *Manajemen Kesehatan, Teori dan Praktik di Puskesmas*, Yogyakarta: Gajah Mada University Press, 2011, hlm. 6

<sup>12</sup> Badan Pusat Statistik Kabupaten Kotawaringin Timur 2015

<sup>13</sup> Profil Kesehatan Kabupaten Kotawaringin Timur 2016

<sup>14</sup> *Ibid*

<sup>15</sup> *Ibid*

kesehatan agar terciptanya masyarakat sehat di semua lapisan dan efisiensi biaya kuratif.<sup>16</sup> Pemerintah dalam rangka menjamin kompetensi tenaga kesehatan telah menyusun berbagai standar kompetensi lulusan tenaga kesehatan (misalnya standar kompetensi dokter umum, dokter gigi, bidang, perawat, dan sebagainya). Kemampuan profesionalisme dihasilkan melalui latihan dalam periode yang lama dan sangat sulit untuk mendapatkan persyaratan dengan pengkajian ulang, pembelajaran secara periodik, dan adanya peraturan ketat dari lembaga yang mengaturnya. Akan tetapi yang paling penting adalah para ahli harus benar-benar menerapkan standar dari profesi yang memberi petunjuk terhadap pekerjaan yang dilakukan.<sup>17</sup>

Ketidakmerataan distribusi tenaga kesehatan di Kabupaten Kotawaringin Timur akan menjadi kendala dalam Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) 2015-2019. Pembangunan kesehatan yang diupayakan pemerintah itu mustahil akan terwujud apabila terjadi kesenjangan fasilitas dan SDM di bidang kesehatan. Menurut Van Meter, dkk., yang dikutip oleh Indrayathi, dkk., ketersediaan sumber daya manusia merupakan sebagai faktor utama yang sangat menentukan kegiatan implementasi. Dengan ketersediaan sumber daya yang mendukung kegiatan implementasi akan membantu organisasi yang bersangkutan mewujudkan kegiatan implementasi kebijakan baru dalam organisasinya.<sup>18</sup> Implementasi program pelayanan kesehatan, ketersediaan fasilitas pelayanan kesehatan dan SDM menjadi indikator penting dalam mewujudkan pembangunan kesehatan.

Berdasarkan permasalahan di atas, ada dua permasalahan yang akan dibahas dalam artikel ini. Pertama, mengenai gambaran pelayanan kesehatan tingkat pertama di Kabupaten Kotawaringin Timur. Kedua, mengenai perlindungan hukum pada pelayanan kesehatan tingkat pertama di Kabupaten Kotawaringin Timur.

## 2. METODE PENELITIAN

Jenis penelitian ini adalah kualitatif yang menggambarkan, menjelaskan dan menggali permasalahan hukum dan kesehatan dengan pendekatan normatif-empiris. Logika dalam penelitian ini menggunakan metode deduktif. Yaitu berpangkal dari prinsip-prinsip dasar, kemudian peneliti menghadirkan objek yang hendak diteliti.<sup>19</sup>

Metode pengumpulan data dilakukan dengan studi kepustakaan dari 20 Puskesmas berdasarkan laporan Dinas Kesehatan Kabupaten Kotawaringin Timur yang dikumpulkan oleh peneliti, observasi terhadap pelayanan di 7 Puskesmas dan wawancara dengan Kepala Dinas Kesehatan, selanjutnya wawancara di 7 Puskesmas dengan Kepala Puskesmas, petugas pemberi pelayanan kesehatan, dan masyarakat.

Subjek dalam penelitian ini adalah tenaga kesehatan dan pelayanan kesehatan di Puskesmas. Kemudian objek penelitian ini adalah Puskesmas yang telah ditentukan berdasarkan kriteria, yaitu: ada 2 unit Puskesmas di perkotaan, 4 unit Puskesmas di pedesaan, 1 unit Puskesmas di daerah terpencil, 1 Puskesmas di kawasan sangat terpencil/tertinggal dan masyarakat yang berada di wilayah kerja Puskesmas tersebut.

---

<sup>16</sup> Endang Sulistina, *Op.Cit*, hlm. 342

<sup>17</sup> Indra Bastian & Suryono, *Penyelesaian Sengketa Kesehatan*, Jakarta: Salemba Medika, 2011, hlm. 195

<sup>18</sup> Putu Ayu Indrayathi, dkk, Quality of Services in Health Care Center with General Service Agency Status, *Jurnal Kesehatan Masyarakat Nasional*, Vol. 9, No. 2, 2014, hlm. 168

<sup>19</sup> Peter M. Marzuki, *Penelitian Hukum*, Jakarta: Prenadamedia Group, Edisi Revisi, 2011, hlm. 84



### 3. HASIL DAN PEMBAHASAN

#### a. Gambaran Pelayanan Kesehatan Tingkat Pertama

**Tabel 1.1.** Implementasi upaya kesehatan wajib yang meliputi Upaya Kesehatan Masyarakat (UKM) Esensial dan Upaya Kesehatan Perseorangan (UKP)

Puskesmas		Ketersediaan SDM	Implementasi Program UKM      UKP		Produktivitas, kualitas pelayanan responsivitas, responsibilitas, & akuntabilitas
Perkotaan	Bamaang I	Terpenuhi	Terlaksana	Terlaksana	Baik
	Ketapang II	Terpenuhi	Terlaksana	Terlaksana	Baik
Pedesaan	Kota besi	Belum terpenuhi	Terlaksana sebagian	Terlaksana	Cukup
	Cempaka mulia	Belum terpenuhi	Terlaksana sebagian	Terlaksana	Cukup
	Ujung pandaran	Belum terpenuhi	Terlaksana sebagian	Terlaksana	Cukup
	Pundu	Belum terpenuhi	Terlaksana sebagian	Terlaksana	Cukup
	Tumbang penyahuan	Belum terpenuhi	Terlaksana sebagian	Terlaksana	Kurang

Keterangan:

1. Puskesmas kawasaan pedesaaan melaksanakan upaya kesehatan masyarakat esensial dan upaya kesehatan perseorangan dengan segala keterbatasan sumber daya manusia dan seadanya.
2. Kualitas pelayanan, responsivitas, dan akuntabilitas dinilai berdasarkan keterangan lisan dari pasien yang berkunjung dan masyarakat di wilayah kerja.
3. Akses masih menjadi kendala bagi masyarakat di kawasaan pedesaan dan terpencil yang ingin berobat ke Puskesmas induk, sehingga mereka hanya datang ke Puskesmas pembantu. Di Indonesia, hampir semua Puskesmas pembantu tidak memiliki dokter umum layanan primer

Pelayanan kesehatan sebagai proses pemenuhan kebutuhan masyarakat melalui aktivitas orang secara langsung. Puskesmas sebagai birokrasi publik untuk memenuhi pelayanan kesehatan tingkat pertama dianalisis menggunakan kinerja ukur birokrasi publik dari Dwiyanto (1995) dan Kumorotomo (1996).<sup>20</sup>

Berdasarkan indikator tersebut, untuk mengukur kinerja birokrasi publik. Maka pelayanan kesehatan di Puskesmas wilayah kerja Kabupaten Kotawaringin Timur diukur dengan indikator sebagai berikut:

<sup>20</sup> Dwiyanto & Kumorotomo di dalam Agus Dwiyanto, *Reformasi Birokrasi Publik di Indonesia*, Yogyakarta: Gajah Mada University Press, 2008, hlm. 50-52

### 1. Produktivitas

Program-program kesehatan masyarakat esensial terus dijalankan, namun hasil dari pelayanan kesehatan esensial di tingkat pertama masih belum mampu mencapai indikator yang ditetapkan oleh Kementerian Kesehatan, pelayanan Puskesmas yang berorientasi pada promotif dan preventif agar terwujudnya peran serta masyarakat yang berbentuk pemberdayaan pada nyatanya masih lebih banyak menangani upaya kuratif.

### 2. Kualitas pelayanan

Berdasarkan hasil penelitian, masyarakat yang berkunjung untuk menerima pelayanan kesehatan di Puskesmas meraskan kepuasan atas pelayanan yang diberikan oleh petugas. Namun beberapa pasien mengeluhkan bahwa untuk mendapatkan pelayanan dari dokter, harus ke Puskesmas induk. Keluhan dari penerima pelayanan kesehatan di Puskesmas hanya sedikit dalam penelitian ini. Hanya saja keluhan itu banyak terdapat pada tenaga fungsional yang memberikan pelayanan kesehatan.

### 3. Responsivitas

Responsivitas secara langsung menggambarkan kemampuan Puskesmas dalam menjalankan misi dan tujuannya sebagai sektor utama dalam pembangunan kesehatan. Melalui Upaya Kesehatan Masyarakat (UKM) responsivitas Puskesmas masih kurang dikarenakan keterbatasan SDM dan kondisi geografis yang menjadi hambatan utama dalam memenuhi pelayanan kesehatan dan sistem informasi kesehatan (SIK), karena dalam kegiatan UKM tenaga kesehatan dituntut untuk terjun langsung melalui kegiatan promotif dan preventif. Upaya promotif dan preventif yang dilakukan oleh Puskesmas belum mampu secara maksimal membangun paradigma masyarakat yang selaras dalam menjaga kesehatannya. Responsivitas lebih banyak ditemukan pada Usaha Kesehatan Perseorangan (UKP) karena pada layanan ini masyarakat langsung yang datang ke Puskesmas untuk mendapatkan pelayanan.

### 4. Responsibilitas

Pelaksanaan kegiatan pelayanan kesehatan di Puskesmas kawasan perdesaan dan perkotaan dilakukan belum sesuai dengan prinsip-prinsip administrasi yang benar, baik yang eksplisit sebagaimana tugas dan fungsi tenaga kesehatan serta Puskesmas yang diamanatkan peraturan perundang-undangan, maupun yang implisit sebagaimana orientasi mewujudkan Indonesia sehat yang lahir dari perilaku masyarakat itu sendiri.

### 5. Akuntabilitas

Isu pelayanan kesehatan kerap kali dijadikan salah satu atribut kampanye politk. Pelayanan kesehatan yang menjadi hak dasar bagi masyarakat untuk memperoleh pelayanan yang merata, terjangkau, efisien dan berkualitas pada nyatanya telah diwujudkan oleh Pemerintah melalui unit-unit pelayanan dasar yang lebih kecil seperti Pustu, Poskesdes dan Puskesmas keliling. Upaya kesehatan perseorangan telah berorientasi pada pemberian layanan gratis pada masyarakat menengah ke bawah dan bagi pelayanan rawat jalan hanya dibebankan retribusi yang ringan terhadap masyarakat. Hanya saja pelayanan kesehatan tersebut masih berorientasi lebih banyak pada upaya kuratif, disebabkan kebutuhan masyarakat yang lebih bersifat praktis.

## Output pelayanan kesehatan primer melalui derajat kesehatan masyarakat

### 1. Mortalitas

Angka Kematian Bayi (AKB) yaitu banyaknya bayi yang meninggal sebelum usia 1 tahun yang dinyatakan dalam 1.000 kelahiran hidup pada tahun yang sama. AKB di Kabupaten Kotawaringin Timur mengalami penurunan dari 15,1 pada tahun 2011 menjadi 10,8 pada tahun 2015 per 1.000 kelahiran hidup. Berbagai upaya yang menyebabkan adanya penurunan AKB diantaranya adalah pemerataan pelayanan kesehatan berikut fasilitasnya.

Angka Kematian Ibu (AKI) yaitu menggambarkan jumlah wanita yang meninggal dari suatu penyebab kematian terkait gangguan kehamilan atau penanganannya (tidak termasuk kecelakaan atau kasus insidentil) selama kehamilan, melahirkan dan masa nifas tanpa memperhitungkan lama kehamilan per 100.000 kelahiran hidup. Terjadi penurunan AKI dari 245 pada tahun 2012 menjadi 167 pada tahun 2015. AKI di Kabupaten Kotawaringin Timur lebih rendah dibanding dengan target Nasional sebesar 306/100.000 ibu hamil yang melahirkan.

### 2. Morbiditas

Morbiditas diartikan sebagai angka kesakitan, baik insiden maupun prevalensi dari suatu penyakit. Ada 12 penyakit terbanyak yang ditangani Puskesmas di Kabupaten Kotawaringin Timur. Dalam lima tahun terakhir angka tertinggi masih pada kasus infeksi saluran pernafasan akut, sedangkan kasus penyakit yang lainnya berubah sesuai dengan kondisi lingkungan dan perilaku manusia.

**Tabel 1.2.** 12 penyakit terbanyak yang ditangani oleh Puskesmas

Jenis Penyakit	Jumlah	Persentase (%)
Infeksi pernafasan atas akut	17.546	37
Diare dan gastroenteritis yang diduga disebabkan infeksi	5.214	11,2
Hipertensi esensial (primer)	4.115	8,9
Dispepsia	3.233	7,0
Nasofaringitis akut	2.965	6,4
Mialgia	2.473	5,3
Sakit kepala (pusing)	2.433	5,2
Demam tanpa diketahui penyebab	2.319	5,0
Faringitis akut	1.674	3,6
Nekrosis pulpa	1.501	3,2
Dermatitis kontak alergi	1.500	3,2
Gastritis akut lainnya	1.471	3,2

Sumber: Dinas Kesehatan Kab. Kotawaringin Timur

Masih tingginya prevalensi angka kesakitan di Kabupaten Kotawaringin Timur dikarenakan masih lemahnya kesadaran dan kemampuan masyarakat, lemah kesadaran dan kemampuan masyarakat ini disebabkan karena upaya kesehatan masyarakat esensial yang menjadi tugas pokok Puskesmas masih belum maksimal dilaksanakan dan hanya terpusat di Perkotaan. Kelemahan pembangunan kesehatan di luar perkotaan yang didasarkan pada model biomedis adalah bentuk sistem kesehatan yang hanya berkaitan dengan pelayanan dokter dan perawat seperti UKP, dimana penduduk pedesaan dan terpencil kurang mendapat perhatian. Hal ini merupakan pembangunan kesehatan yang

terjadi pada periode sebelum tahun 1978.<sup>21</sup> Masa kini paradigma pembangunan kesehatan telah bergeser, tuntutan pembangunan modern mengharapkan pasien atau masyarakat yang datang tidak lagi membawa keluhan penyakit, tetapi mengontrol secara rutin dan berkonsultasi terhadap kesehatannya. Demikian ini adalah upaya kesehatan lebih menekankan pada upaya-upaya promotif dan preventif agar dapat mengurangi pemborosan dalam upaya kurasi biomedis sehingga terlahir efisiensi pembiayaan dalam upaya pelayanan kesehatan.

Berdasarkan permasalahan di atas adalah faktor petugas memainkan peran penting dalam memfungsikan hukum. Kalau peraturan sudah baik, tetapi kualitas penegak hukum rendah maka akan terjadi masalah. Sebaliknya apabila peraturan buruk, sedangkan petugasnya baik, maka mungkin pula timbul masalah-masalah. Fasilitas dan sarana amat penting untuk meefektifkan suatu aturan hukum terutama fisik yang berfungsi sebagai faktor pendukung.<sup>22</sup> Dari berbagai macam peraturan perundang-undangan kesehatan yang dikeluarkan oleh pemerintah untuk mewujudkan pembangunan kesehatan yang merata dan paripurna dipastikan akan berjalan lambat dikarenakan ketidakmerataan SDM kesehatan sebagai aktor utama.

Pemberian pelayanan kepada masyarakat, fungsionalisasi berarti setiap instansi pemerintah berperan selaku penanggung jawab utama atas terselenggaranya fungsi yang telah diamanatkan. Setiap instansi pemerintah mempunyai kelompok pelanggan, kepuasan kelompok pelanggan inilah yang harus dijamin oleh birokrasi pemerintah.<sup>23</sup>

#### **b. Perlindungan Hukum Pada Pelayanan Kesehatan Tingkat Pertama**

Berdasarkan hasil penelitian, perlindungan hukum pada rumusan ini dikonstruksikan sebagai “bentuk pelayanan” (sistem pelayanan yang diberikan) dianalisis menggunakan teori fungsionalisme struktural dari Talcott Parson, dan “subjek yang dilindungi” (perlindungan hukum bagi pasien, masyarakat, dan tenaga kesehatan kesehatan) dianalisis menggunakan teori perlindungan hukum.

##### **Bentuk pelayanan kesehatan yang diberikan oleh Puskesmas.**

Mengacu pada analisis sistem teori fungsionalisme struktural dari Talcott Parsons, agar sistem dapat lestari, maka harus memenuhi unsur adaptasi, pencapaian tujuan, integrasi, dan latensi (pemeliharaan pola).<sup>24</sup>

**Tabel 1.3.** Pelaksanaan pelayanan kesehatan tingkat pertama di Kabupaten Kotawaringin Timur

Sub-sub sistem	Indikator	Pelaksanaan
Adaptasi	Ketersediaan fasilitas dan sumber daya manusia, berkaitan dengan kemampuan ekonomi.	Setiap kecamatan telah memiliki Puskesmas pada tahun 2017, 1 Puskesmas belum berjalan di Kecamatan Tualan Hulu. Dari 20 Puskesmas yang berjalan di Kabupaten Kotawaringin Timur, ditemukan 12 Puskesmas belum

<sup>21</sup> Hapsara, *Filsafat Pemikiran Dasar Pembangunan Kesehatan*, Yogyakarta, Gajah Mada University Press, 2014, hlm. 4

<sup>22</sup> Zainudin Ali, *Sosiologi Hukum*, Jakarta: Sinar Grafika, 2015, hlm. 64

<sup>23</sup> Lijan P. Sinambela, *Reformasi Pelayanan Publik, Teori, Kebijakan, dan Implementasi*, Jakarta: PT. Bumi Aksara, 2007, hlm. 63

<sup>24</sup> George Ritzer, *Teori Sosiologi, Dari Sosiologi Klasik sampai Perkembangan Terakhir Postmodern*, Yogyakarta: Pustaka Pelajar, 2012, hlm. 409-410

Pencapaian tujuan	Orientasi pembangunan di bidang kesehatan, indikator pencapaian Puskesmas mengacu pada Permenkes Nomor 741 Tahun 2008 tentang Indikator pencapaian standar pelayanan di Puskesmas.	memenuhi standar minimal tenaga kesehatan. Upaya wajib di Puskesmas wilayah Kabupaten Kotawaringin Timur masih belum seluruhnya terlaksana. Kendala dalam pencapaian tersebut dikarenakan kekurangan sumber daya manusia, sistem informasi kesehatan yang belum baik berkaitan dengan administrasi dan pelaporan, serta kondisi geografis yang menyulitkan upaya kesehatan, sehingga tidak semua wilayah dapat terjangkau.
Integrasi	Tenaga kesehatan yang saling bersinergi sesuai dengan kompetensinya dalam memberikan pelayanan kesehatan primer.	Disitegrasi dalam pemberian layanan kesehatan di Puskesmas non perkotaan, karena SDM belum mencukupi, tenaga kesehatan tidak bekerja sesuai kompetensinya, menyebabkan tumpang tindih dalam memberikan pelayanan. Tindakan medis invasif banyak dilakukan oleh perawat. Sehingga menyebabkan ketidakseimbangan dalam sistem pelayanan kesehatan primer di Puskesmas.
Latensi (Pemeliharaan pola)	Motivasi dilahirkan melalui pola budaya yang diciptakan untuk menopang motivasi itu, sehingga meningkatnya kinerja pelayanan dan derajat kesehatan masyarakat.	Pemeliharaan kesehatan di Kabupaten Kotawaringin Timur melahirkan patologi hukum dan keilmuan. Resiko yang ditimbulkan dapat merugikan pasien dan tenaga kesehatan itu sendiri. Tindakan tumpang tindih ini sudah membudaya sejak dulu sampai sekarang, karena fenomena tugas lumpah yang seharusnya dalam pengawasan dokter, namun kenyataannya masih belum bisa diterapkan dalam pemberian layanan kesehatan di Puskesmas.

Puskesmas kawasan pedesaan yang menjadi objek penelitian ditemukan kurangnya jumlah tenaga kesehatan. Seperti yang terjadi di Puskesmas Cempaka Mulia dan Kota Besi ketika penelitian ini dilakukan, pemberi pelayanan rawat jalan adalah perawat yang berpendidikan diploma 3. Selanjutnya di Puskesmas Ujung Pandaran, pelaksanaan program yang telah diamatkan oleh Perkemkes Nomor 75 Tahun 2014 sangat minim, di Puskesmas Induk tersebut tidak tersedia dokter gigi, bidan, SKM dan tenaga kefarmasian. Padahal tenaga ini adalah tenaga inti yang wajib ada di setiap Puskesmas. Hanya di Puskesmas Pundu standar tenaga kesehatan minimal hampir terpenuhi, walaupun belum tersedia tenaga kefarmasian di Puskesmas ini. Selanjutnya, di Puskesmas kawasan terpencil yaitu Tumbang Penyahuan masih jauh dari standar tenaga minimal, berdasarkan laporan Dinas Kesehatan setempat, di Puskesmas ini hanya tersedia perawat dan bidan. Di kawasan perkotaan masalah hanya ditemukan pada alat penunjang yang digunakan untuk intervensi medis.

Tugas-tugas medis dilakukan oleh tenaga kesehatan seperti perawat pada dasarnya harus mendapat persetujuan atas madat dari tenaga medis. Tugas medis yang dikerjakan tidak berdasarkan kompetensi seperti yang berhubungan dengan penegakan diagnosa medis, pemberian resep obat dan

tindakan invasif lainnya dapat membahayakan penerima pelayanan kesehatan serta membahayakan pemberi pelayanan dikarenakan melanggar hukum positif yang berlaku.

Permasalahan utama ditemukan adalah ketidakmerataan SDM di Puskesmas, sehingga pembangunan kesehatan di tingkat pertama berjalan lambat. Standar minimal tenaga kesehatan yang ditetapkan oleh Permenkes Nomor 75 Tahun 2014 nampaknya belum mampu memenuhi kebutuhan masyarakat. Khususnya tenaga medis yang masih sedikit, hasil penelitian yang ditemukan rata-rata jumlah dokter di Puskesmas perkotaan hanya 2 sampai 4 orang, pedesaan 1 sampai 3 orang, daerah terpencil 1 sampai 2 orang bahkan ada yang belum memiliki dokter.

Berbeda dengan di China, fasilitas kesehatan tingkat pertama (Puskesmas) rata-rata memiliki 8 dokter yaitu 4 sampai 14 dokter dan 46% memiliki registrasi pelayanan primer, kemudian tenaga perawat tersedia rata-rata 13 orang dari 8 sampai 21 perawat dan sebagian di antaranya diberikan pelatihan untuk pelayanan primer di Puskesmas. Sebagian besar Puskesmas telah dibangun dengan design seperti Rumah Sakit, yaitu sekitar 58% dan 87% Puskesmas memiliki rawat inap.<sup>25</sup> Selanjutnya, di Pakistan setiap Puskesmas pembantu disediakan 1 orang dokter. Setiap wilayah kerja Puskesmas rata-rata melayani sekitar 10.000-25.000 penduduk, menyediakan berbagai layanan kesehatan primer.<sup>26</sup> Di Indonesia, khususnya Kabupaten Kotawaringin Timur yang menjadi tempat penelitian ini, di Puskesmas pembantu tidak menyediakan dokter, tetapi hanya tersedia perawat dan bidan.

Penelitian yang dilakukan oleh Katherine Neuhausen, dkk di Amerika Serikat setelah terbitnya Undang-Undang Pelayanan Kesehatan Terjangkau, terjadinya ekspansi yang lebih cepat dari Puskesmas untuk menyediakan tantangan utama dan peluang yang unik karena harus mengintegrasikan pelayanan primer (tingkat pertama) dengan subspecialisasi. Dengan banyaknya jumlah Puskesmas yang tersedia sehingga banyak pasien yang berpenghasilan rendah dapat mengakses pelayanan kesehatan primer. Oleh karena itu, membutuhkan tenaga kesehatan yang sepadan di Puskesmas dengan pendidikannya untuk memenuhi kebutuhan masyarakat mengakses perawatan subspecialisasi. Mereka mengusulkan adanya kebijakan yang internsif agar bisa meningkatkan integrasi sistem kesehatan dan menciptakan lingkungan medis yang aman di Puskesmas. Kebijakan yang dikeluarkan pemerintah ini harus dilaksanakan dengan cepat dengan mempersiapkan Puskesmas untuk memberikan pelayanan terpadu dengan jutaan pasien yang diasuransikan di bawah reformasi pelayanan kesehatan.<sup>27</sup> Menurut Wiku Adisasmito, Amerika Serikat memiliki sistem kesehatan terbaik di dunia karena dukungan pembiayaan dari perusahaan swasta

---

<sup>25</sup> William C.W. Wong, dkk, Availability and Use of Primary Care Facilities in Cina: a Nationwide Representative Survey, *Journal Medical Sciences*, Vol. 388 No. 1, London: Elsevier Limited, 2016, hlm. 18

<sup>26</sup> Sabih F., dkk., Implementing the District Health System in the Framework of Primary Health Care in Pakistan, *Public Health and Safety*, Vol. 35 No. 1, Rennes: BioMed Central, 2013, hlm. 1-27

<sup>27</sup> Kathrine Neuhausen, etc, Integrating Community Health Centers Into Organized Delivery Systems Can Improve Access to Subspecialty Care, *Journal Health Affairs*, Vol. 31 No. 8, Washington D.C.: Robert Graham Center for Policy Studies in Primary Care, 2012, hlm. 1708-1716

melalui *Corporate Social Responsibility* yang dikelola oleh lembaga swasta dan komunitas kesehatan yang memiliki kesadaran pribadi untuk meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan bagi masyarakat.<sup>28</sup>

Kepentingan politik dan kehidupan bernegara sangat erat kaitannya terhadap kebijakan yang diselenggarakan di sebuah negara termasuk Indonesia. Sehingga implementasi dari kebijakan kesehatan suatu negara juga memberikan sumbangsih besar terhadap pemenuhan kebutuhan masyarakat untuk sehat.<sup>29</sup> Pendekatan *Human Capital*, kesehatan sering kali dipandang sebagai nilai intrinsik manusia untuk dapat meningkatkan produktivitas, yang mana manusia harus selalu berada dalam kondisi sehat agar mempunyai produktivitas yang tinggi. Pendekatan dalam perpektif humanis transcendentel menekan pada pentingnya manusia berbuat baik dan mencegah kemungkaran karena didasarkan semata karena Allah.<sup>30</sup>

Kebijakan yang diambil selalu fokus dalam meningkatkan kesehatan manusia sebagai faktor utama dalam produksi, maka secara ekonomi mereka yang produktif akan memberikan kontribusi besar terhadap produktivitas.<sup>31</sup> Terlebih lagi di kawasan luar perkotaan Kabupaten Kotawaringin Timur sebagian besar masyarakatnya bekerja di sektor agraris. Oleh karena itu, pentingnya peran pemerintah untuk menyediakan fasilitas layanan kesehatan yang layak bagi penduduk di pedesaan dan terpencil agar produktivitas sektor agraris semakin tinggi. Masyarakat yang mempunyai status kesehatan yang baik akan menghasilkan jasa yang bernilai ekonomi tinggi. Menurut Budi Widianarko dalam merumuskan kebijakan terutama di bidang lingkungan dan sector lain termasuk kesehatan amat dipengaruhi kepentingan politik dan kompromi antar kekuatan yang mempunyai kepentingan agar dapat memberikan manfaat untuk masyarakat.<sup>32</sup>

### **Pembiayaan kesehatan dan penyelenggaraan pelayanan kesehatan**

Anggaran pembangunan kesehatan di Kabupaten Kotawaringin Timur masih lebih besar teralokasi di Rumah Sakit daripada Dinas kesehatan. Berdasarkan laporan anggaran pembangunan kesehatan pada tahun 2015 di Kabupaten Kotawaringin Timur berjumlah Rp. 246.056.398.954,- yang terdiri dari Dinas Kesehatan sebesar Rp. 79.695.420.143,-, Rumah Sakit Rp. 136.761.444.134,-, Akper Pemkab Kotim Rp. 5.067.481.953,- dan dana TP Provinsi Rp. 24.532.052.724,-.<sup>33</sup> Secara pembiayaan upaya kesehatan masih terfokus pada upaya kuratif tingkat lanjut, hal ini tidak sejalan dengan program kesehatan yang lebih menekankan pada upaya promotif-preventif yang ditekankan di sektor tingkat pertama, yaitu Puskesmas.

Indonesia masih dikategorikan negara yang rendah dalam membiayai kesehatannya, yaitu 2,2% dari GDP, sementara negara lain yang memiliki sistem kesehatan yang baik rata-rata total anggaran

---

<sup>28</sup> Wiku Adisasmito, *Sistem Kesehatan*, Jakarta: PT. Raja Grafindo Persada, 2008, hlm. 28-29

<sup>29</sup> Wiku Adisasmito, *Rencana Naskas Akademik & Kebijakan Kesehatan*, Jakarta: Universitas Indonesia Press, 2013, hlm. 2

<sup>30</sup> Absori, Kelik dan Saepul Rochman, *Huku Profetik, Kritik terhadap Paradigma Hukum Non Sistemik*, Genta Pulishing, Yogyakarta, 2015, hal 259.

<sup>31</sup> Kemal Stamboel, *Panggilan Keberpihakan, Strategi Mengakhiri Kemiskinan di Indonesia*, Jakarta: Gramedia Pustaka Utama, 2012, hlm. 162

<sup>32</sup> Absori, *Penegakan Hukum Lingkungan Pada Era Reformasi*, Jurnal Ilmu Hukum, Vol. 8 No. 2, 2005, hal 228

<sup>33</sup> Profil Kesehatan Kabupaten Kotawaringin Timur Tahun 2016

untuk kesehatan mencapai 8%-15% dari GDP.<sup>34</sup> Secara Nasional pada tahun 2017, APBN Kesehatan di Indonesia masih 5%, terjadi penurunan dibandingkan tahun 2016. Pada tahun 2016 total anggaran kesehatan mencapai 104,1 triliun dan pada tahun 2017 turun menjadi 103,5 triliun.<sup>35</sup>

**Tabel 1.4.** Target/sasaran anggaran kesehatan RAPBN 2017

Uraian	Target/Sasaran
Meningkatkan persentase anak usia 0-11 bulan yang mendapatkan imunisasi dasar lengkap	92%
Jumlah penduduk yang menjadi peserta PBI melalui JKN/KIS	94,4 juta jiwa
Jumlah kecamatan dengan Puskesmas terakreditasi	700 Kecamatan
Persentase dengan ketersediaan obat dan vaksin esensial	93%
Puskesmas dengan ketersediaan obat dan vaksin esensial	55%
Pelayanan kesehatan bergerak (KB) di daerah terpencil dan sangat terpencil	128 Kab./Kota
Meningkatkan persentase ibu bersalin di fasilitas pelayanan kesehatan	81%
Meningkatkan jumlah peserta KB baru/PB	6,97 juta jiwa

Sumber: Kementerian Keuangan Republik Indonesia tahun 2017

Kemampuan ekonomi pemerintah dalam penyelenggaraan kesejahteraan, khususnya di bidang kesehatan merupakan faktor signifikan dalam kualitas pelayanan kesehatan. Penelitian yang dilakukan oleh Dionne S. Kringos, dkk menunjukkan hasil bahwa, negara-negara yang memiliki ekonomi kuat lebih banyak menggelontorkan pembiayaan kesehatan pada pelayanan kesehatan primer, yaitu Puskesmas. Dari tahun 2000-2009 negara dengan perawatan primer lebih komprehensif memiliki peningkatan kesehatan yang tinggi dibandingkan negara-negara yang pengeluaran kesehatan untuk layanan primer kurang komprehensif. Hasilnya menunjukkan, struktur pelayanan kesehatan primer di negara-negara maju memiliki pengeluaran pelayanan kesehatan primer yang lebih tinggi.<sup>36</sup>

Sistem pembiayaan kesehatan di Indonesia masih menggantungkan pada mekanisme campuran pembiayaan yang bersumber pada anggaran pemerintah dan masyarakat itu sendiri. Hal ini terlihat dari pembiayaan kesehatan yang didominasi oleh asuransi, baik itu milik pemerintah maupun swasta. Sistem pembiayaan melalui asuransi milik pemerintah ini masih menuai banyak sorotan negatif, dari pelayanan yang seadanya bagi masyarakat miskin, sistem rujukan yang terlalu sulit dan juga kesenjangan kelas bagi penerima pelayanan melalui asuransi tersebut. Sehingga hal ini menimbulkan pesimisme bagi sebagian masyarakat miskin untuk memperoleh pelayanan kesehatan di Indonesia.

Realitas di Indonesia sangat berbeda dengan negara-negara seperti Denmark, Irlandia, Luxemburg, dan Inggris yang tidak mewajibkan asuransi (bahkan tidak ada asuransi pemerintah) untuk

<sup>34</sup> Wiku Adisasmito, *Sistem...., Op.Cit*, hlm. 71

<sup>35</sup> Kementerian Keuangan Republik Indonesia tahun 2017

<sup>36</sup> Dionne S. Kringos, dkk, *Europe's Strong Primary Care System Are Linked to Better Population Health But Also Higher Health Spending*, *Journal Health Affairs*, Vol. 32 No. 4, The People to People Health Foundation: United States, 2013, hlm. 9



jaminan kesehatan karena pemerintah telah mengalokasikan dana yang cukup besar untuk penyelenggaraan kesehatan melalui pajak yang tinggi di negara-negara tersebut. Seperti di Denmark, siapapun yang telah masuk ke negara tersebut (imigran sekalipun) dan mempunyai izin tinggal yang sah mendapatkan jaminan dan hak yang setara dalam akses pelayanan kesehatan tanpa perlu mengeluarkan uang atau membayar asuransi.<sup>37</sup>

Negara kesejahteraan seperti Inggris rakyatnya telah bersepakat bahwa mereka harus memiliki standar-standar minimum dalam kesejahteraan ekonomi dan sosial. Landasan dari pemerintah Inggris adalah “*private proverty*” dan “*private entrprise*” tetapi pemerintah mengatur banyak segi kehidupan rakyat antara industri, perdagangan, pertanian. Pemerintah menyajikan pelayanan sosial dan jaminan sosial, Inggris menasionalisasikan industri-industri batu bara, gas, listrik, kereta api, penerbangan sipil dan *The Bank of England* (Bank Sentralnya Inggris).<sup>38</sup> Sehingga di Inggris hampir semua pelayanan kesehatan digratiskan karena dikelola oleh pemerintah, karena sumber pembiayaan kesehatan 95% berasal dari pajak yang diterima oleh negara, 3,5% berasal dari asuransi swasta, dan 1,5% dari lainnya, sehingga di Inggris memiliki tingkat kepuasan masyarakat paling tinggi yaitu 85%.<sup>39</sup> Untuk pelayanan dasar (tingkat pertama) di Inggris menyediakan dokter umum yang memberikan pelayanan secara group. Berbeda halnya dengan di Jerman, negara yang memiliki anggaran kesehatan paling tinggi di kawasan Eropa yaitu 10,4% dari APBN, 60% dari asuransi pemerintah, 7% asuransi swasta, 21% dari pajak dan 11% dari *out of pocket* dengan tingkat kepuasan masyarakat 88%, pelayanan dasar di Jerman menyediakan dokter umum mandiri dan menawarkan jasa yang banyak, dan terpisah dari Rumah Sakit.<sup>40</sup>

Di kawasan Asia Tenggara, berdasarkan laporan World Bank tahun 2009, Indonesia termasuk negara yang cukup lemah dalam penyelenggaraan kesehatan. Beberapa negara yang memiliki regulasi pelayanan cukup kuat di instansi milik pemerintah adalah seperti Malaysia, Thailand, dan Singapura.<sup>41</sup>

### **Perlindungan hukum bagi masyarakat atau pasien**

UUD 1945 sebagai dasar konstitusi Indonesia telah menyebutkan bahwa pelayanan kesehatan merupakan hak dasar yang harus dipenuhi pemerintah. Selanjutnya, pemerintah telah mengeluarkan Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan yang menjadi landasan bahwa setiap masyarakat berhak memperoleh pelayanan kesehatan. Dalam Pasal 15 menyebutkan, “Pemerintah bertanggung jawab atas ketersediaan lingkungan, tatanan, fasilitas baik fisik maupun sosial bagi masyarakat untuk mencapai derajat kesehatan yang setinggi-tingginya”, selanjutnya Pasal 16 “Pemerintah bertanggung jawab atas ketersediaan sumber daya di bidang kesehatan yang adil dan merata bagi seluruh masyarakat untuk memperoleh derajat kesehatan yang setinggi-tingginya”. Tanggung jawab pemerintah berdasarkan prinsip nilai, maka setiap orang berhak untuk mendapat

---

<sup>37</sup> Wiku Adisasmito, *Sistem Kesehatan*, Edisi Revisi, Jakarta: Rajawali Press, 2016, hlm. 5

<sup>38</sup> Kansil & Christine S.T. Kansil, *Perbandingan Hukum Administrasi Negara*, Jakarta: Rineka Cipta, 2010, hlm. 275

<sup>39</sup> Wiku Adisasmito, *Sistem... Op.Cit*, hlm. 6

<sup>40</sup> *Ibid*, hlm. 4-5

<sup>41</sup> *Ibid*, hlm. 11

kehidupan yang layak, dimulai dari terpenuhinya kebutuhan dasar,<sup>42</sup> yaitu kebutuhan pelayanan kesehatan yang merata. Produk hukum tersebut secara umum mengakomodir kepentingan masyarakat untuk mewujudkan kesehatan yang setinggi-tingginya tanpa adanya kesenjangan fasilitas dan sarana antar kawasan. Namun dalam pelaksanaannya, ketersediaan sumber daya dan kualitas pelayanan yang baik hanya ditemukan di Puskesmas kawasan perkotaan. Artinya, perlindungan hukum yang diberikan masih menuai kesenjangan.

Perlindungan hukum yang diberikan adalah bentuk kepentingan bersama dalam upaya pembangunan nasional. Menurut Satjipto Rahardjo, penggunaan hukum sebagai instrumen demikian itu merupakan perkembangan mutakhir dalam sejarah hukum. Untuk bisa sampai pada tingkat perkembangannya yang demikian itu memang diperlukan persyaratan tertentu, seperti timbulnya pengorganisasian yang demikian itu tentunya dimungkinkan oleh adanya kekuasaan di pusat yang makin efektif, dalam hal ini tidak lain adalah negara.<sup>43</sup> Masih lemahnya persyaratan tertentu, seperti pemenuhan sumberdaya manusia dan pembiayaan di bidang kesehatan membuat pembangunan di bidang kesehatan terlihat lambat.

Berdasarkan data statistik dari Dinas Kesehatan Kabupaten Kotawaringin Timur dari tahun 2013 sampai 2015, sebagian besar kasus penyakit menular mengalami penurunan, seperti kasus Malaria, Demam berdarah dengue (DBD), Filariasis, Kusta, Pnemonia. Namun ada beberapa penyakit menular yang mengalami peningkatan, yaitu Tuberkulosis (TB) dan HIV/AIDS. Beberapa penyakit tidak menular yang mengalami peningkatan seperti hipertensi dan yang mengalami penurunan seperti Diabetes Militus. Status gizi buruk dari tahun 2013-2014 mengalami penurunan, dari 7 menjadi 5, meningkat pada tahun 2017 menjadi 6.<sup>44</sup> Penurunan sebagian besar angka kesakitan (morbilitas) di Kabupaten Kotawaringin Timur adalah bentuk usaha wajib yang telah dilakukan oleh Puskesmas dalam mengupayakan peningkatan kualitas hidup masyarakat melalui upaya pencegahan yang menjadi salah satu orientasi utama Puskesmas.

Setelah terbitnya Permenkes Nomor 75 Tahun 2014 tentang Puskesmas, Puskesmas di Kabupaten Kotawaringin Timur merasa dituntut untuk melakukan perbaikan kinerja dan pencapaian program layanan kesehatan dasar. Upaya kesehatan masyarakat esensial dan perseorangan terus dilakukan, kinerja yang dilakukan oleh beberapa Puskesmas memperlihatkan hasil yang berbeda. Kinerja yang tinggi tentunya masih ditunjukkan oleh Puskesmas yang telah memenuhi standar minimal tenaga kesehatan. Berbeda halnya dengan Puskesmas yang belum memenuhi standar minimal tenaga kesehatan, kinerja yang dilakukan membuat tenaga kesehatan memiliki beban kerja berlebih, bahkan menjadi petugas yang multifungsi sehingga pencapaian kurang optimal. Hasil demikian memperlihatkan bahwa peran hukum sangat dominan dalam meningkatkan kinerja tenaga kesehatan dalam memberikan pelayanan kesehatan. Sejalan dengan yang dikatakan oleh Satjipto Rahardjo,

---

<sup>42</sup> Edi Suharto, *Analisis Kebijakan Publik*, Bandung: Alfabeta, 2015, hlm. 6

<sup>43</sup> Satjipto Rahardjo, *Ilmu Hukum*, Bandung: PT. Cipta Aditya Bakti, Cetakan Ke 5, 2000, hlm. 90

<sup>44</sup> Profil Kesehatan Kabupaten Kotawaringin Timur tahun 2016

bahwa instrumen hukum modern akan membawa perubahan-perubahan melalui pembuatan peraturan perundang-undangan serta berusaha mewujudkannya dalam kenyataan.<sup>45</sup>

### **Perlindungan hukum bagi tenaga kesehatan**

Pasal 27 ayat (1) Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 “Tenaga kesehatan berhak mendapatkan imbalan dan perlindungan hukum dalam melaksanakan tugas sesuai dengan profesinya” dan Pasal 17 Permenkes Nomor 75 Tahun 2014 “Tenaga Kesehatan di Puskesmas harus bekerja sesuai dengan standar profesi, standar pelayanan, standar prosedur operasional, etika profesi, menghormati hak pasien, serta mengutamakan kepentingan dan keselamatan pasien dengan memperhatikan keselamatan dan kesehatan dirinya dalam bekerja”. Perlindungan hukum bagi tenaga kesehatan secara normatif banyak yang ditemukan dalam produk hukum di Indonesia, yaitu Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Kedokteran, Undang-Undang Nomor 38 Tahun 2014 tentang Keperawatan, Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan.

Perlindungan hukum itu sendiri terwujud, ketika tenaga kesehatan telah menjalankan tugasnya sesuai dengan standar profesi dan pelayanan yang di atur oleh hukum. Berdasarkan penelitian, hampir semua tenaga kesehatan di Puskesmas kawasan non perkotaan dalam memberikan pelayanan kesehatan tidak mematuhi hukum yang berlaku. Hal ini terlihat dari penegakan diagnosa medis yang dilakukan oleh perawat tanpa adanya kolaborasi dengan dokter, tindakan invasif yang dilakukan perawat tanpa adanya format pelimpahan wewenang atau mandat yang tertulis, dan pelayanan kefarmasian dilakukan oleh perawat.

Perawat dalam keadaan ini dihadapkan pada resiko malpraktik karena tidak didukung oleh kemampuan yang memadai, dan banyak mengerjakan tindakan invasif sehingga muncul ketakutan dari beberapa perawat yang bukan bidang pekerjaannya, sebagaimana layaknya seorang perawat profesional. Pekerjaan medis tersebut telah di atur pada Pasal 32 Undang-undang Keperawatan yang mengatur pelimpahan wewenang medis, namun syarat-syarat dalam pelimpahan wewenang tidak dipenuhi oleh tenaga kesehatan yang memberikan pelayanan. Selanjutnya pada Pasal 33, dalam kondisi tidak tersedianya dokter dan tenaga kefarmasian, perawat diperbolehkan untuk melakukan tindakan invasif, penegakan diagnosa, dan pelayanan kefarmasian. Penjelasan Pasal 32 dan 33 Undang-undang Keperawatan membolehkan tenaga perawat melakukan intervensi medis yang di luar batas wewenangnya berdasarkan pelimpahan wewenang dari tenaga medis dan boleh sebagai pelaksana tugas medis dan kefarmasian dalam keadaan tertentu. Di sini muncul jenis kekuasaan bebas atau diskresi, yakni kewenangan memutuskan secara mandiri dan kewenangan interpretasi terhadap norma-norma tersamar dalam peraturan perundang-undangan.<sup>46</sup>

Pemberian pelayanan kesehatan di Puskesmas Kabupaten Kotawaringin Timur yang masih banyak di dominasi oleh perawat, hal menuntut adanya pembinaan dan pelatihan khusus oleh pemerintah setempat untuk menyikapinya, sebagai upaya perlindungan bagi pasien yang menerima pelayanan dari resiko yang tidak diinginkan.

---

<sup>45</sup> Satjipto Rahardjo, *Hukum dan Perubahan Sosial*, Yogyakarta: Genta Publishing, 2009, hlm. 130-131

<sup>46</sup> Philipus M. Hadjon di dalam Aminuddin Ilmar, *Hukum Tata Pemerintahan*, Jakarta: Prenadamedia Group, 2014, hlm. 111

## **Berlakunya hukum**

Pemberian pelayanan yang tidak mematuhi prosedur hukum yang benar pada pelayanan kesehatan primer di Kabupaten Kotawaringin Timur disebabkan unsur dari penegak hukum itu sendiri belum dipenuhi oleh pemerintah, yaitu ketersediaan standar minimal tenaga kesehatan. Sasaran hukum dalam pelayanan kesehatan menjadi adil dan tepat apabila sarana dan prasarana di Puskesmas telah memenuhi standar ideal yang ditetapkan oleh pemerintah. Menurut Maria Farida Indrati, bahwa suatu norma berlaku apabila ia mempunyai “daya laku” atau karena ia mempunyai “keabsahan”. Daya laku ada apabila norma itu dibentuk oleh norma yang lebih tinggi atau oleh lembaga yang berwenang membentuknya. Pelaksanaan berlakunya suatu norma karena adanya daya laku, dihadapkan pula pada daya guna dari norma tersebut. Dalam hal ini dapat dilihat apakah suatu norma yang ada dan berdaya laku itu berdaya guna secara efektif atau tidak, atau dengan kata lain apakah norma itu ditaati atau tidak.<sup>47</sup> Disamping itu perlu dipikirkan adanya model pelayanan yang menekankan pendekatan yang sifatnya alternative. Hal ini diperlukan terutama dalam menyelesaikan pelayanan yang menimbulkan sengketa yang dibutuhkan adanya upaya partisipatif.<sup>48</sup> Dari pendapat ahli tersebut, terlihat peraturan perundang-undangan yang mengatur tenaga kesehatan harus bekerja sesuai dengan standar kompetensi dan standar pelayanan terabaikan karena tidak adanya daya laku hukum sehingga daya guna menjadi terabaikan di beberapa Puskesmas. Disamping itu diperlukan adanya perlindungan hukum yang menghormati hak hak warga Negara, termasuk anak dalam pelayanan kesehatan, juga perlu perhatian yang serius semua pemangku kepentingan.<sup>49</sup>

## **4. PENUTUP**

### **a. Penelitian ini menghasilkan dua kesimpulan, yaitu:**

- 1) Masih lemahnya peran Puskesmas dalam pelayanan kesehatan menyebabkan biaya kurasi yang tinggi dan angka morbiditas yang naik turun dalam beberapa tahun terakhir, sehingga Indeks Pembangunan Manusia di daerah ini masih berada pada tingkat sedang. Lemahnya peran Puskesmas disebabkan anggaran kesehatan masih banyak digelontorkan untuk Rumah Sakit. Padahal di beberapa negara maju, anggaran kesehatan lebih banyak didapatkan pada pelayanan kesehatan primer. Pelayanan kesehatan di Puskesmas Kabupaten Kotawaringin Timur masih didasarkan pada model biomedis adalah bentuk sistem kesehatan yang diberikan oleh dokter dan perawat dalam melakukan tindakan invasif berbentuk kurasi.
- 2) Ketersediaan sumber daya manusia khususnya tenaga medis dengan jumlah rata-rata dokter di Puskesmas perkotaan hanya 2 sampai 4 orang, pedesaan 1 sampai 3 orang, daerah terpencil 1 sampai 2 orang bahkan ada yang belum memiliki dokter. Hanya tersedia 39 dokter dengan jumlah penduduk 416.151 jiwa, artinya 1 : 10.671 penduduk. Sehingga terjadi disintegrasi dalam sistem

---

<sup>47</sup> Maria Farida Indrati, *Ilmu Perundang-Undangan: Jenis Fungsi dan Materi Muatan*, Yogyakarta: Kanisius, 2011, hlm. 39

<sup>48</sup> Absori, Khudzaefah Dimiyati dan Kelik Wardiono, *Model Penyelesaian Sengketa Lingkungan Melalui Lembaga Alternatif*, Yogyakarta: Mimbar Hukum, Fakultas Hukum UGM, 2008, hlm. 375.

<sup>49</sup> Absori, *Perlindungan Hukum Hak Hak Anak dan Implementasinya di Indonesia pada Era Otonomi Daerah*, Jurnal Jurisprudence, Fakultas Hukum Universitas Muhammadiyah Surakarta, Vol 2 No 1, 2005, hlm. 1.

kesehatan yang diberikan. Hal ini menyebabkan tumpah tindih pekerjaan dari salah satu profesi. Sebagaimana besar profesi kesehatan yang terdapat di Puskesmas adalah perawat, sehingga perawat ikut mengerjakan tindakan invasif, melakukan penengakan diagnosa medis, sampai pada pelayanan kefarmasian. Peraturan perundang-undangan yang menekankan pada standar profesi dan SPO dinyatakan tidak berlaku dan berdaya guna pada kondisi demikian. Undang-undang Keperawatan dan asas diskresi menjadi landasan hukum bagi perawat dalam memberikan pelayanan kesehatan di luar kompetensinya. Ketidaktahuan mendamaikan antara teori dan praktik, disebabkan karena instrumen untuk menjalankan teori tersebut tidak tersedia di lapangan. Sehingga lahirnya patologi hukum dan keilmuan dalam pelayanan kesehatan tingkat pertama di Kabupaten Kotawaringin Timur.

#### **b. Model solusi perlindungan hukum di pelayanan kesehatan tingkat pertama**

Pengembangan Sistem Kesehatan Nasional (SKN) menjadi Sistem Kesehatan Daerah (SKD) dibuat sesuai dengan kemampuan dan masalah kesehatan di daerahnya. Sehingga dari SKD tersebut diperlukan sebuah reformasi sistem kesehatan melalui model perlindungan hukum yang memberikan kepastian, keadilan, dan kemanfaatan bagi pasien, masyarakat dan tenaga kesehatan.

##### **1) Model *welfare state* dan *sosialism***

Model ini banyak diterapkan di negara-negara maju di Eropa, yang lebih banyak mengeluarkan dana untuk proyek-proyek sosial dari 27% sampai dengan 33% dari APBN.<sup>50</sup> Seperti halnya Denmark, Irlandia, Luxemburg, dan Inggris yang tidak mewajibkan asuransi untuk jaminan kesehatan karena pemerintah telah mengalokasikan alokasi dana yang cukup besar untuk penyelenggaraan kesehatan melalui pajak. Namun negara berkembang bisa juga mengadopsi sistem kesehatan di Cuba, negara miskin yang sukses menyelenggarakan pelayanan kesehatan. Pada tahun 2014 di Cuba APBN Kesehatan mencapai 11,1%.<sup>51</sup> Menurut Direktur umum WHO Margaret Chan pada tahun 2014, Cuba adalah satu-satunya negara yang sistem kesehatannya terkait dengan penelitian dan pembangunan. Ini sungguh maju karena kesehatan manusia bisa ditingkatkan lewat inovasi. Saat ini perbandingan dokter di Cuba adalah 1 dokter untuk 200 warga, dan mereka menyediakan dokter-dokter keluarga yang memberikan pelayanan gratis pada masyarakat.<sup>52</sup>

Indonesia sebagai negara berkembang dapat bercermin dari negara Cuba dalam menyelenggarakan pelayanan kesehatan, karena negara berkembang dengan ekonomi yang masih lemah tidak menutup kemungkinan untuk dapat menyelenggarakan pelayanan kesehatan yang merata dan berkualitas tinggi.

##### **2) Peran *stakeholders*.**

Era desentralisasi di Indonesia menjadikan peran *stakeholders* sangat menentukan terutama sebagai penyeimbang dan kontrol kebijakan. Anggaran kesehatan harus lebih banyak digelontorkan untuk upaya wajib di Puskesmas sebagai motivasi dalam pemeliharaan kesehatan dasar, hal ini

---

<sup>50</sup> Edi Suharto, *Op.Cit*, hlm. 26

<sup>51</sup> [www.who.int](http://www.who.int)

<sup>52</sup> [www.huffingtonpost.com](http://www.huffingtonpost.com)

menuntut peran pemerintah daerah. Di Kotawaringin Timur anggaran kesehatan masih menumpuk di Rumah Sakit, sehingga upaya wajib di Puskesmas masih lemah. Bercermin dari negara-negara maju, mereka lebih banyak menggelontorkan pembiayaan kesehatan di pelayanan kesehatan primer, daripada pelayanan lanjutan seperti di Rumah Sakit.

3) Ketersediaan dokter primer di Puskesmas pembantu.

Secara geografis, Kabupaten Kotawaring Timur sangat luas, sehingga dokter yang hanya 1 atau 2 orang terdapat di Puskesmas tidak mampu memberikan pelayanan kepada semua masyarakat, terlebih lagi wilayah kerja Puskesmas di pedesaan dan terpencil. Hal ini menuntut adanya ketersediaan dokter di Puskesmas pembantu sebagai pemberi layanan primer seperti halnya di Pakistan, karena selama ini hampir semua Puskesmas pembantu di Indonesia hanya menyediakan tenaga perawat dan bidan.

4) *Partnering private*.

Model kerjasama ini sebagai alternatif yang banyak dikembangkan di negara-negara yang memiliki sistem kesehatan kapitalis. Model ini sebenarnya telah diterapkan di beberapa daerah Indonesia. Model terbaik terdapat di Amerika, CSR digunakan untuk kegiatan-kegiatan pelayanan kesehatan yang dikelola oleh yayasan dan organisasi filantropi. Kabupaten Kotawaringin Timur dapat menerapkan model pelayanan kesehatan yang bermitra dengan perusahaan swasta, apalagi terdapat banyak perusahaan swasta yang beroperasi di sektor perkebunan, bahkan perusahaan multinasional. Perusahaan swasta tersebut dapat bekerjasama dengan organisasi filantropi atau pemerintah daerah setempat dalam mengelola dana CSR untuk kegiatan sosial, khususnya pelayanan kesehatan primer.

## DAFTAR PUSTAKA

### Buku & Journal

Absori, Kelik dan Saepul Rochman, (2015), *Hukum Profetik, Kritik terhadap Paradigma Hukum Non Sistemik*, Yogyakarta, Genta Publishing.

....., Absori, (2005), *Penegakan Hukum Lingkungan Pada Era Reformasi*, Jurnal Ilmu Hukum, Fakultas Hukum Universitas Muhammadiyah Surakarta, Vol. 8 No. 2.

....., Absori, Khudzaefah Dimyati dan Kelik Wardiono, (2008), *Model Penyelesaian Sengketa Lingkungan Melalui Lembaga Alternatif*, Yogyakarta: Mimbar Hukum, Fakultas Hukum UGM, Vol 20, No. 2.

Adisasmito, Wiku, (2008) *Sistem Kesehatan*, Jakarta: PT. Raja Grafindo Persada

Adisasmito, Wiku, (2013) *Rencana Naskas Akademik & Kebijakan Kesehatan*, Jakarta: Universitas Indonesia Press

Adisasmito, Wiku, (2016) *Sistem Kesehatan*, Jakarta: Rajawali Pers

Ali, Zainudin, (2015) *Sosiologi Hukum*, Jakarta: Sinar Grafika

Bastian, Indra & Suryono, (2011) *Penyelesaian Sengketa Kesehatan*, Jakarta: Salemba Medika

Dwiyanto, Agus, (2008) *Reformasi Birokrasi Publik di Indonesia*, Yogyakarta: Gajah Mada University Press

Edi Suharto, (2015) *Analisis Kebijakan Publik*, Bandung: Alfabeta

- Hapsara, (2014) *Filsafat Pemikiran Dasar Pembangunan Kesehatan*, Yogyakarta, Gajah Mada University Press
- Ilmar, Aminuddin, (2014) *Hukum Tata Pemerintahan*, Jakarta: Prenadamedia Group
- Indrayathi, Putu Ayu, dkk, (2014) Quality of Seviles in Health Care Center with General Service Agency Status, *Jurnal Kesehatan Masyarakat Nasional*, Vol. 9, No. 2
- Kansil & S.T. Kansil, Christine, (2010) *Perbandingan Hukum Administrasi Negara*, Jakarta: Rineka Cipta
- Kringos, Dionne S., dkk, (2013) Europe's Strong Primary Care System Are Linked to Better Population Health But Also Higher Health Spending, *Journal Health Affairs*, Vol. 32 No. 4, The People to People Health Foundation: United States
- Marzuki, Peter M., (2011) *Penelitian Hukum*, Jakarta: Prenadamedia Group, Edisi Revisi
- Neuhausen, Kathrine, etc, (2012) Integrating Community Health Centers Into Organized Delivery Systems Can Improve Access to Subspecialty Care, *Journal Health Affairs*, Vol. 31 No. 8, Washington D.C.: Robert Graham Center for Policy Studies in Primary Care
- Prasetyo, Teguh & Purnomosidi, Arie, (2014) *Membangun Hukum Berdasarkan Pancasila*, Bandung: Nusa Media
- Rahardjo, Satjipto, (2000) *Ilmu Hukum*, Bandung: PT. Cipta Aditya Bakti, Cetakan Ke 5
- Rahardjo, Satjipto, (2009) *Hukum dan Perubahan Sosial*, Yogyakarta: Genta Publishing
- Ritzer, George, (2012) *Teori Sosiologi, Dari Sosiologi Klasik sampai Perkembangan Terakhir Postmodern*, Yogyakarta: Pustaka Pelajar
- Sabih, F., dkk., (2013) Implementing the District Health System in the Framework of Primary Health Care in Pakistan, *Public Health and Safety*, Vol. 35 No. 1, Rennes: BioMed Central
- Sinambela, Lijan P., (2007) *Reformasi Pelayanan Publik, Teori, Kebijakan, dan Implementasi*, Jakarta: PT. Bumi Aksara
- Stamboel, Kemal, (2012) *Panggilan Keberpihakan, Strategi Mengakhiri Kemiskinan di Indonesia*, Jakarta: Gramedia Pustaka Utama
- Sulistina, Endang, (2011) *Manajemen Kesehatan, Teori dan Praktik di Puskesmas*, Yogyakarta: Gajah Mada University Press
- Wong, William C.W., dkk, (2016) Availability and Use of Primary Care Facilities in Cina: a Nationwide Representative Survey, *Journal Medical Sciences*, Vol. 388 No. 1, London: Elsevier Limited

#### **Dokumen Pemerintah Indonesia**

- Badan Pusat Statistik Nasional Tahun 2016
- Badan Pusat Statistik Kabupaten Kotawaringin Timur Tahun 2015
- Kementerian Keuangan Tahun 2017
- Profil Kesehatan Kabupaten Kotawaringin Timur Tahun 2016
- Riset Kesehatan Dasar Tahun 2010
- Riset Kesehatan Dasar Tahun 2013

#### **Peraturan Perundang-undangan**

- Undang-undang Dasar Negara Republik Indonesia 1945

Undang-undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Kedokteran

Undang-undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan

Undang-undang Nomor 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan

Undang-undang Nomor 38 Tahun 2014 tentang Keperawatan

Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 75 Tahun 2014 tentang Pusat Kesehatan Masyarakat

**Web**

[www.mca-indonesia.go.id](http://www.mca-indonesia.go.id)

[www.who.int](http://www.who.int)

[www.huffingtonp](http://www.huffingtonp)